

ЖИТОМИРСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА  
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Особливості використання технік візуалізації у  
практиці тренінгової роботи із жінками в період  
вагітності

Курсова робота  
студентки 55 групи  
соціально-психологічного факультету  
**Стахівської Тетяни Анатоліївни**

Науковий керівник  
**Крамарчук Світлана Вікторівна**

Житомир - 2009

## Зміст

Вступ.....	3
Розділ I. Теоретичний аналіз проблеми використання технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності.....	5
1.1. Чинники та етапи становлення материнства.....	5
1.2. Зміни в психіці жінки під час вагітності.....	16
1.3. Сутність та зміст технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності.....	18
Розділ II. Дослідження психологічних особливостей жінок у період вагітності.....	20
2.1. Методи та методика дослідження психологічних особливостей жінок у період вагітності.....	20
2.2. Аналіз результатів проведеного дослідження.....	22
Розділ III. Експериментальне дослідження ефективності застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності...30	
3.1. Процедура дослідження застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності.....	30
3.2. Аналіз результатів ефективності застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності.....	36
Висновки.....	40
Список використаних джерел.....	43
Додатки.....	45

## Вступ

**Актуальність дослідження.** Проблема функціонування та адаптації людини у різних умовах життєдіяльності є дуже складною проблемою, що привертає увагу фахівців багатьох галузей науки. Низка різноманітних змін, які спостерігаються протягом всього життя, потребують від людини адекватної роботи всіх її функціональних систем як на соматичному, так і на психічному та психологічному рівнях. Одним із яскравих прикладів таких змін є психофізіологічні перебудови організму, які мають місце у вагітних жінок.

Проблема дослідження психологічних особливостей жінок в період вагітності висвітлена в роботах таких вчених як Т.С. Дубінкіна, В.І. Брутман, О.А. Касьянова, О.А. Кожевникова, Н.В. Мухіна, Р.В. Овчарова, О.Б.Подобіна, О.П.Проскурняк, М.С. Родіонова, А.А. Смирнова, І.Є.Стрелкова, І.Є. Уланова, О.П. Чернова, Г.Г.Філіпова і ін.

Зокрема, проблему психологічної готовності жінок до материнства досліджували В.І. Брутман, О.А. Касьянова, О.А. Кожевникова, Н.В. Мухіна, О.Б. Подобіна, Р.В. Овчарова, О.П. Проскурняк, І.Є. Стрелкова, І.Є. Уланова та ін. Психологічні засади організації психосоціальної підтримки жінок в період вагітності розглядали такі вчені як В. Лосєва, А. Луньков, Р.В.Овчарова, О.Б. Подобина, Г.Г. Філіпова та ін. Психічні розлади у жінок в період вагітності та якість життя жінок в цей період висвітлені в роботах Е. К. Айламазяна Т.С. Дубинкиної та ін.

Проаналізувавши літературу по проблемі дослідження ми можемо зробити висновок про недостатність розробки проблеми використання технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності як в теоретичному так і практичному аспектах, тому ми обрали **темою** нашого дослідження “Особливості використання технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності”.

**Об'єкт дослідження** – психоемоційний стан вагітних жінок.

**Предмет дослідження** – особливості використання технік візуалізації

у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності.

**Мета дослідження** – визначити вплив вагітності на психоемоційний стан жінки та дослідити ефективність застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності.

**Гіпотеза дослідження** - застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності ефективно впливає на покращення їх психоемоційного стану, зокрема зниження рівня тривожності.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати наукову літературу з питань індивідуального здоров'я та якості життя жінки у період вагітності.
2. Дослідити психологічні особливості жінок у період вагітності.
3. Вивчити особливості застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності.
4. Дослідити ефективність застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності.

**Методи та організація дослідження:** дослідження ефективності застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності проводилося за допомогою методики дослідження рівня особистісної та реактивної тривожності Спілберга-Ханіна на базі жіночої консультації Житомирської міської поліклініки № 2. В дослідження взяли участь 18 жінок.

**Наукова новизна та теоретичне значення дослідження:** розглянуто чинники та етапи становлення материнства; досліджено зміни в психіці жінки під час вагітності; з'ясовано сутність та зміст технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності.

**Практичне значення:** розроблена тренінгова програма роботи з використанням технік візуалізації із жінками в період вагітності може використовуватися в практиці роботи медичних психологів жіночих консультацій

## **Розділ І. Теоретичний аналіз проблеми використання технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності**

### **1.1. Чинники та етапи становлення материнства**

Материнство — складний феномен, якому властиві фізіологічні механізми еволюційна історія, загально-культурні та індивідуальні особливості. В наші дні материнство займає вже не найперше місце в ієрархії цінностей жінки, як колись. Помітне зростання її прагнення до високого професійного статусу та кар'єри, підвищений потяг до добробуту та високого рівня споживання перешкоджають материнству. Ускладнює становище і розрив зв'язків між поколіннями, втрата традиційних способів передачі досвіду й формування материнсько-дитячої взаємодії. Жінка на порозі материнства виявляється необізнаною з елементарними особливостями розвитку дитини та своїми функціями з догляду за дитиною та спілкування з нею. Зменшення кількості дітей у сім'ї також призводить до того, що часто першим немовлям, з яким зустрічається молода мати, — це її власна дитина.

О.П. Проскурняк зауважує, що здатність жінки “бути гарною матір'ю” формується на основі її досвіду взаємодії з власною матір'ю, в грі, у взаємодії з маленькими дітьми ще в дитинстві, а також у процесі власної вагітності та материнства. “Мати не може навчитися тому, що від неї вимагається ні з книг, ні від патронажних сестер, ні від лікарів. Її наука — це власний досвід дитинства. Крім того, вона спостерігає, як інші батьки доглядають за дітьми, можливо, сама доглядала за молодшими сестрами та братами, і, що дуже важливо, — вона багато чого навчилася в ранньому дитинстві, граючись в “дочки—матері” [12, с. 13].

І.Є. Уланова звертає увагу на те, що дівчинка ніколи не стане гарною матір'ю, якщо не буде любити своєї майбутньої дитини ще з дитинства [18, с. 62]. Як відзначають Г.Г. Філіппова, М.Ю. Колпакова, А.І. Захаров, В.І.

Брутман вирішальними у формуванні “доброї матері” є довірливі відносини з власною матір’ю та сімейна модель материнства.

До найвагоміших чинників психологічної готовності до материнства належать: сім’я батьків і стосунки з власною матір’ю. Повноцінне материнство передбачає збереження любові та прихильності до дитини батька. Абсолютне переключення на дитину обезцінює не тільки союз чоловіка та дружини, але і шкодить самому материнству. З досліджень відомо, що більшість матерів, які відмовилися від своїх дітей, самі виховувалися в неблагополучних сім’ях і з раннього дитинства мали негативний досвід міжособистісних взаємин. У більшості таких родин дочок “виховували” брутальністю, криком, а часто й побоями, тобто дівчатка знаходилися в психотравмуючому середовищі. За даними В.І. Брутмана, М.С. Радионової тільки в одній третій випадків жінки характеризували стосунки в батьківській сім’ї як позитивні. Багато з них росли без батька. Розлучення батьків довелося пережити в дитинстві (до 12 років) 18% жінок. Вкрай негативний вплив на формування рольових основ особистості дівчинки, а згодом — на якість її майбутнього материнства, має низький матеріальний стан та культурний рівень сім’ї [2, с. 7].

В. Лосєва та А. Луньков наводять такі типові установки, які майбутня мати може засвоїти від своїх батьків: “Перш ніж заводити дітей, треба міцно стояти на ногах у матеріальному та професійному відношенні”; “Ти сама ще дитина; як же ти можеш виховувати дітей”; “Ти — егоїстка, а мати повинна вміти жертнувати усім заради дітей”; “Не квапся заводити дітей. Поживи у своє задоволення”... [7, с. 21]. Зрозуміло, всі описані директиви даються батьками з добрими намірами. Але слід відзначити, що вони негативно впливають на установку та бажання мати дітей.

Взаємодія з власною матір’ю розпочинається ще з внутрішньоутробного періоду розвитку та продовжується практично впродовж всього життя жінки. Найбільш значимим є дитячий і ранній підлітковий вік, тому що цей період життя сам по собі є сенситивним для

формування базових основ особистості та стосунків зі світом.

В останні роки в центрі уваги дослідників перебуває феномен прихильності матері та дитини. В рамках етологічного напрямку досліджень прихильність розглядається як природжений біопсихічний механізм, зміст якого полягає в підтримці взаємодії між матір'ю та дитиною, необхідної для виживання та нормального розвитку дитини. Першим кроком до прихильності є встановлення зв'язку протягом перших 36 годин після народження.

Психосоматична рівновага дитини тісно пов'язана емоційним контактом з матір'ю. Поведінка матері розглядається як відповідна та комплементарна уродженому репертуару поведінки дитини. Різні форми неміцної прихильності матері є джерелом неміцної прихильності дитини. Глибокі внутрішні конфлікти, що заклалися ще в дитинстві, заважають виникненню в матері прихильності до дитини. Не маючи досвіду справжньої близькості з власною матір'ю, дівчинка, яка пережила в дитинстві амбівалентні стосунки (відштовхуючо—притягуючі), втілює у своєму житті подібну модель взаємин, для таких матерів характерний внутрішній конфлікт любові—ненависті, в основі якого лежить прагнення до глибоких емоційних стосунків з іншими та нездатність їх будувати, бажання любові та одночасно — нездатність любити.

Дослідження М. Майна, Р. Голдвіна підтвердило наявність тенденції у матерів, яких самих зневажали в дитинстві, також відштовхувати власну дитину. Автори виявили зв'язок між уявленням особи про свою матір і відштовхуванням власної дитини опосередкованими специфічними перекручуваннями когнітивних процесів. Спостерігається “захисне перекручування” в пам'яті матерів, яких самих відштовхували власні матері в дитинстві. Воно актуалізує “внутрішню робочу модель”, яка визначає відносини з власною дитиною. Якість зв'язку матері з донькою та його вплив на материнську сферу жінки визначається, окрім прихильності, стилем їхнього емоційного спілкування, участю матері в емоційному житті доньки.

Досить стійко передається від матері до доньки адекватний стиль емоційного супроводу. Щодо цінності материнства, мова може йти тільки про відтворення моделі материнства своєї власної матері як суб'єкта, який переживає певні емоції в ситуації взаємодії з дитиною. Можна припустити, що дитина сприймає ставлення інших до своєї матері як до жінки, яка має дитину. Пізніше дається оцінка самою матір'ю ставлення до себе, інших як до матері, рефлексія дочкою ступеня задоволеності матері своїм материнством. Усе це входить у моделі материнства власної матері та її співвідношенням з сімейною та культурною моделями.

На відміну від етологів, психоаналітично-орієнтовані дослідники змістили фокус своїх інтересів на період вагітності. Вони сконцентрували увагу на значенні формування образів дитини в уяві майбутньої матері для прийняття нею своєї дитини. Ролі фантазій вагітних присвячені дослідження К. Bonnet, S. Lebovici, D. Pines. У двотомній праці “Психологія жінки” Олена Дойч уперше висловила припущення про вплив на протікання вагітності власного ембріонального досвіду жінки. У сімдесяті роки італійський психоаналітик С. Фанті обґрунтував існування ембріональної стадії психічного розвитку людини. Ця концепція дала можливість, по—перше, зв'язати всі наступні стадії зі спільним джерелом по—друге, висунути ідею про те, що жінка, завагітнівши, “згадує” та відтворює на органічному рівні свій стан як плоду, а на психологічному — стан своєї матері.

С. Фанті, М. Марконе та інші представники мікропсихоаналізу вважають, що початок розвитку майбутнього ставленням матері до її дитини закладається ще внутрішньоутробно на основі перших емоційних конфліктів матері з плодом і продовжується в дитинстві. Під час вагітності жінка актуалізує емоційний досвід, який і впливає на зміст її власного материнства. Це підтверджують кроскультурні дослідження. Зокрема, Левайн стверджує, що в африканських народів немовля день і ніч “прив'язане” до тіла матері. “На плач немовляти реагують швидко, тому дитина плаче рідко. Годують немовля відразу, як тільки воно починає плакати”. Отже, постійний фізичний



психологічний контакт з дитиною дозволяє матері точно та швидко визначати стан та потреби немовляти.

В ігровій діяльності та сюжетно-рольових іграх у “дочки-матері”, в “сім’ю” відбувається конкретизація та розвиток деяких компонентів материнської сфери. Спочатку виникають сюжетно-відображувальні дії (годування ляльки, заколисування), а пізніше — прийняття на себе ролі матері. Граючись, дівчинка “приміряє” до себе різні “образи”, реалізує своє бажання побути матір’ю. Природно, що при цьому життя матері міфологізується. Важливо відзначити, що на етапі гри з лялькою у формуванні психологічної готовності до материнства суттєвий вплив має ставлення дорослих як до самих ляльок, так до ігор дівчинки з ними. Завдяки активній формі участі в іграх дівчинкою досягається високий рівень запам’ятовування подій, що мали місце в грі (в пам’яті залишається приблизно 10% з того, що людина чує, 50% — з того, що бачить, і 90% — з того, що робить). Незважаючи на велике значення в розвитку психіки дитини, ігрова діяльність ще мало досліджена в плані розвитку материнства. Але можна припустити, що в грі відбувається конкретне відшліфовування всіх операцій материнської сфери поведінки.

Наступним кроком у формуванні досвіду взаємодії з немовлям є етап няньчання (пестування). Результатом такого досвіду є, окрім освоєння деяких навичок поводження з дитиною також і появи інтересу та позитивно—емоційного ставлення до неї.

Етап няньчання, за Г.Г. Філіпповою, має досить чіткі вікові обмеження. Він розпочинається приблизно з 4—5 років, коли у дитини добро розвинута сюжетно-рольова гра, та закінчується до початку статевого дозрівання. Найбільш чутливим є вік від 6 до 10 років. Взаємодія з немовлям є джерелом сильних вражень і задоволення. Емоції, які яскраво проявляє немовля при спілкуванні, ініціатива дитини, яка необмежена виховними функціями (як у дорослих), щирий емоційний відгук у взаємодії, при грі, можливість здійснити з реальним об’єктом засвоєні в сюжетно-рольовій грі

дії та переживання, створюють прекрасні умови для закріплення на немовляті всіх сформованих раніше компонентів материнської сфери [19, с. 154].

Слід зазначити також, що у дітей старшого дошкільного віку розвиток сюжетно-рольової гри характеризується зсувом інтересу від умовних іграшок до конкретних. Таким чином, немовля "влучає точно в ціль" щодо всіх сторін психічного розвитку дитини.

Це підтверджується кроскультурними дослідженнями у культурах, де як няньок використовують дітей віком 6—9 років, коли їм довіряють шестимісячних немовлят.

Найбільш цікава послідовність введення старшої дитини в контакт із молодшою. У перші дні та тижні в більшості випадків у матері з немовлям обмежений контакт з іншими членами родини. Останнім або взагалі заборонено наближатися та торкатися дитини, або допускається обмежений тактильний і емоційний контакт. Коли в немовляти з'являються емоційні реакції на дорослих, старші діти активно залучаються до емоційного контакту та ігор з дитиною. Трохи пізніше їм довіряють забавляти та заспокоювати немовля, але тільки із шести місяців (коли дитя може саме сидіти та розпочинає повзати, збільшується перерва в годуванні) його передають старшим дітям на більш тривалий час. Описи Мід, Неггутта, Вейснера, Галлімора, Стренгланца та Неш свідчать, що протягом перших шести місяців основне забезпечення потреб немовляти здійснює мати, а 6-9-літні няньки поступово переходять з ігор і взаємодії до нагляду за ним і приймають активну участь у вихованні немовляти.

В сучасних нуклеарних сім'ях дітям дошкільного віку, у яких спостерігається найбільш явний інтерес до немовляти (без вираженого страху перед його безпорадністю), зазвичай не дозволяється безпосередній з ним контакт. Їх частіше залучають до "технічної" допомоги, і тому вони стають сторонніми спостерігачами взаємодії матері з немовлям, а яскраві емоції членів діади сприймаються як недоступне для них задоволення. Тому

неминуче зменшується емоційне спілкування старшої дитини з батьками, виникає почуття ревності піклування за немовлям формується за “ухиляючим” від оптимального шляху. Зрозуміло, що для дитини, меншої за віком (до початку секситивного для няньчення віку), вдчутне зменшення уваги та любові батьків до неї самої, що також сприяє появі почуття ревності, яке впливає на емоційне ставлення до немовляти, материнства.

У дітей підліткового віку інтереси зміщуються в бік інтимно-особистісного спілкування з однолітками та пізнавальної діяльності, а пізніше — в бік статевого розвитку. Однак саме цих дітей вважають уже здатними до самостійності та відповідальності при догляді за немовлям. Без попереднього закріплення емоційного ставлення до немовляти та у випадках неадекватного їхнім віковим інтересам перерозподілу материнських функцій, у підлітків формується ставлення до немовляти як до тягара. Якщо до закінчення етапу няньчання досвіду взаємодії з немовлям не було, то часто виникає страх, тому що підлітки, а тим більше дорослі оцінюють наявний у них досвід як недостатній для взаємодії з маленькою дитиною. Найчастіше виникає страх некомпетентності у догляді за дитиною (“боязнь завдати шкоди власною поведінкою маленькому створінню”). Це перше враження коригується у випадку подальшої участі у догляді за немовлям, однак жінки його дуже добре пам’ятають. Страх поступово зникає тільки при досвіді взаємодії з власною дитиною. Причому чим пізніше виникає цей страх, тим гірше для майбутньої матері. А повне випадання досвіду няньчання до статевого дозрівання може призвести до сприйняття ситуації взаємодії дорослого з немовлям як неприродної, неприємної, а емоції, що виражають дорослі, особливості їхнього мовного спілкування (застосування baby talk) з немовлям сприймаються як недоречні. Поведінка та вигляд немовляти не викликають ніяких позитивних емоцій, немає прагнення до контакту з ним.

Таким чином, правильна послідовність і зміст етапу няньчання забезпечують сприятливий розвиток усіх компонентів материнської сфери.

Взаємодія є власною дитиною є надзвичайно складним етапом для

розвитку всіх блоків материнської сфери. У психології материнства вчені виділяють: стадію ухвалення рішення про збереження вагітності, період вагітності до першого ворухіння плоду, період після ворухіння, пологи, післяпологовий період. У гінекології та акушерстві виділяються три триместри вагітності передпологовий період, пологи, післяпологовий період. Щодо розвитку материнської сфери поведінки Г.Г. Філіппова виділяє дев'ять періодів [19, с. 197].

1. Ідентифікація вагітності. Цей період безпосередньо пов'язаний з усвідомленням факту вагітності. Підозра на вагітність провокує переживання. до підтвердження ці переживання завжди носять характер занепокоєння, причиною цього може бути страх настання її, або навпаки. В.І. Брутман виділив психологічні феномени, які виникають у жінки в зв'язку з небажаною вагітністю. До них відносять атіофоріогнозію (стан, який характеризується “витісненням” з свідомості соматичних та психологічних проявів вагітності) та тіофоріопатію (некомпенсоване почуття загрози, що насувається, яке пов'язане з соціальними наслідками вагітності). Варто сказати, що переживання ідентифікації вагітності віддзеркалює “стартовий” зміст материнської сфери.

2. Період до початку відчуттів ворухіння плоду. Цей період фізіологічно характеризується появою симптоматики вагітності, неприємними відчуттями, змінами в емоційному стані. В першому триместрі найбільш виражена тривожність, різка зміна настрою, з'являється дратівливість, знижується загальна активність. Фізіологічною основою цих змін є гормональна перебудова організму жінки. Адаптивне значення змін в емоційному стані має обмеження контактів із зовнішнім світом, що сприяє збереженню вагітності й успішному розвитку плоду на перших тижнях, які є найбільш небезпечними. Можна сказати, що це перший досвід пристосування себе до потреб майбутньої дитини, досвід інтерпретації своїх переживань з погляду на себе як матері.

3. Поява та стабілізація відчуттів ворухіння плоду. Перші відчуття

ворушіння розпочинаються в середині другого триместру. Вони створюють хвилююче відчуття причетності, бажання бути разом з дитиною. Цей період є найбільш сприятливим щодо фізичного та емоційного самопочуття матері. Стабілізується гормональний фон, зникають симптоми нездужання, ще немає обмеження рухливості та збільшення фізичного навантаження. Настрій стає більш стійким і в нормі переходить від астеничного до стеничного. Жінка уже призвичаїлася до факту вагітності, неминучості змін, у неї був час уявити собі не тільки те, що вона втрачає, але і те, що отримує з народженням дитини. Рух плоду дозволяє конкретизувати образ дитини. У цей період багато жінок відзначають зміну інтересів, концентрацію на завданнях вагітності та післяпологового періоду, підготовці до материнства.

4. Сьомий і восьмий місяці вагітності. Третій триместр вагітності, як з медичної, так і з психологічної точки зору, вважається досить складним. У жінок дещо погіршується самопочуття, вона швидше втомлюється, ускладнюється рухова активність, часто погіршується сон. Відзначається деяке підвищення тривожності, страх передчасних пологів, занепокоєння з приводу післяпологового періоду. Поряд з цим відчутно знижується інтерес до всього, що не пов'язане з дитиною.

5. Передпологовий період. Фізіологічно цей період є дуже важливим. Відбуваються зміни в тканинах, кістковій системі. Одночасно йде накопичення енергетичних запасів організму для пологів і післяпологового періоду. Це відображається на поведінці та емоційному стані. Спостерігається зниження активності, загальне розслаблення, деяке емоційне “отупіння”. Обмежена активність і нездатність до різкого емоційного реагування охороняє від передчасних пологів. Жінка, проте, найбільш адекватно в порівнянні з іншими періодами оцінює свої можливості та уявлення про дитину і свої майбутні дії стосовно немовля. Адекватність уявлення матері про пологи та післяпологовий період, свої можливості й особливості дитини є істотним показником успішного розвитку її материнської сфери та подальшого ставлення до дитини.

6. Пологи та післяпологовий період. У цей період відбувається зустріч з немовлям. Відбувається замикання еволюційно очікуваних умов для матері та дитини, які сприяють утворенню емоційного взаємозв'язку. Для матері ці умови виникають підтримуються в процесі післяпологових маніпуляцій з немовлям та прикладання його до грудей. Стимуляція від немовляти психологічно обумовлена успішним досягненням мети після надзвичайно важкої та важливої діяльності пологів і довгоочікуваної зустрічі з дитиною. Тобто, стимуляція є як ключова, сприяє об'єднанню всіх раніше сформованих змістів на конкретній дитині.

7. Новонародженість. У цей період мати та немовля завжди відносно строго ізолюються від зовнішнього світу та контактів з іншими людьми. Крім гігієнічного значення, в цьому закладений глибокий психологічний зміст. Цим забезпечується концентрація матері на дитині, тобто створюються умови, які сприяють наданню позитивного емоційного значення всім переживанням матері та закріпленню цінності для неї цього періоду життя.

8. Сумісно—роздільна діяльність матері з дитиною. На цьому етапі мати вже виробила власний стиль емоційного супроводу та взаємодії з дитиною. Відбувається подальший розвиток її переживань і поведінки в ситуаціях, які вимагають виконання нею функцій об'єкта прихильності та участі в діяльності дитини в якості емоційного санкціонера успішності досягнення цілей. За сприятливих умов, розвиток дитини забезпечує переведення інтересів матері з переживань від контакту з нею на задоволення від результатів активності дитини.

9. Виникнення інтересу до дитини як до особистості. Перше півріччя другого року для дитини вважається сенситивним для зміни форми прив'язаності. Це пов'язано з необхідністю нового ставлення матері до активності дитини, забезпечення співвідпошення безпеки дитини та її самостійності. Надмірна тривожність і обмеження активності дитини ведуть до того, що її віра в надійність світу і захист матері може похитнутися. Особливо важливі функції матері в стабілізації індивідуальної структури

мотивації досягнень. Х. Хекхаузен підкреслює значення материнського стандарту — уявлень матері про здібності та можливості досягнення цілей дитиною. В.В. Лебединський наголошує, що участь матері в ігровій діяльності та її підтримка емоцій дитини в процесі досягнення цілей у грі беруть участь у формуванні рівня домагань дитини. Як показують дослідження взаємин матері з дитиною, в дошкільному віці (після трьох років) стиль материнського ставлення є стійким і прямо співвідноситься з рівнем емоційного благополуччя дитини, особливостями розвитку пізнавальної мотивації, стилем переживання стресових ситуацій (А.Д. Кошельова, В.І. Перегуда, Г.А. Сverdлова, І.Ю. Ільїна).

Таким чином, фактори, які сприяють процесу становлення материнства, можна розділити на внутрішні та зовнішні. Внутрішніми чинниками виступають певні умови, які склалися ще до вагітності та які жінка, що вирішила стати матір'ю, не в змозі змінити об'єктивно. До них належать: повноцінне проходження дівчинкою всіх вікових етапів; становлення мотиваційних основ материнства: позитивний досвід взаємодії з власними батьками (особливо матір'ю); її психічне та фізичне здоров'я; особистісні особливості; якісні зміни особистості вагітної жінки; наявність успішного досвіду попередніх вагітностей та народження старших дітей.

До зовнішніх факторів відносять: потребу суспільства в створенні соціально-значущого образу матері; наявність соціальних служб з підготовки жінок до материнства; повну сім'ю; відповідність статі народженої дитини; перебування дитини протягом перших 36 годин після народження в тісному контакті з матір'ю; орієнтацію матері на духовно— моральні цінності при вихованні дівчинки: добро, любов, істину, щирість, прощення, прийняття довіру; визнання унікальності та неповторності дитини, самоцінності тощо. Тільки виховання, яке ґрунтується на діалогічному спілкуванні, де присутні загальнолюдські гуманістичні цінності, створює умови для формування здорової позитивної Я-концепції дівчинки — майбутньої матері.

## 1.2. Зміни в психіці жінки під час вагітності

Психологія вагітних жінок змінюється. Так, в I триместрі вагітності за даними сучасних психологічних досліджень [13] почуття підвищеної тривожності відчують біля 15% вагітних жінок, яким потрібна психологічна і психотерапевтична допомога. Встановлено, що більш 35% майбутніх молодих матерів характеризуються слабким психічним здоров'ям, близько 30% мають різні межові нервово-психічні розлади (МНПР). Відомо, що коли об'єктивні і суб'єктивні показники стану вагітних жінок погіршуються на 10-15% - це є прямим підтвердженням їх хронічній перевтоми і вони потребують комплексного негайного втручання для відновлення їх психічного здоров'я.

Швидка психічна втома і висока нервово-психічна напруга розвиваються особливо з приводу незапланованої вагітності, та непередбачення, що пов'язані з новими фізіологічними умовами розвитку вагітності, особливо у I триместрі за недостатньою фізичною рухливістю, організацією праці і відпочинку вагітної жінки, гіперінформацією, труднощами процесу до фізичної та психічної адаптації. Частина з них пов'язана з принципово новими умовами і вони стають причиною нездатності вагітною жінкою висловлювати власні емоції, хронічного стресу, дезадаптації, почуттям безпомічності, безнадійності, схильності до депресії, образи на близьких, замкнутості, надмірної самокритичності, інколи негативної життєвої установки. Приблизно для 10% вагітних жінок характерні «екстремально» високе суб'єктивне значення, низький рівень стійкості до фрустрації та стресу, що може бути початком різного роду психосоматичних розладів.

Порушення психодинамики та вищої нервової діяльності у II та III триместрах відмічаються наявністю функціональних нервово-психічних порушень у вигляді неврозів, зниження працездатності, погіршення уваги, підвищеної втомлюваності, почуття страху перед пологами, негативних



проявів емоцій, підвищеної емоційної нестійкості, тривожності, поганого самопочуття, наявності частих конфліктів, недостатньої комунікабельності. В цей час можливі порушення психосоматичного здоров'я, низький рівень стійкості до стресів, часті прояви негативних емоцій.

У жінки під час вагітності формуються певні новоутворення синдрому вагітності, такі як ухвалення рефлексії нового власного образу: "Я – в положенні". Цей етап називають симптомом нового "Я", який характеризується визнанням фізіологічних змін в своєму організмі. З моменту усвідомлення і внутрішнього ухвалення себе вагітною у жінки виявляється симптом суперечливого відношення до вагітності. З одного боку – гордість за свою повноцінність, можливість самореалізації, придбання жіночності, переживання ідентичності власній статі, і в той же час – страх і турбота, породжені фантазіями і соціально нав'язаними установками.

Далі виникає характерна для вагітності психічна перебудова самосвідомості жінки з поступовим включенням в нього образу дитини. У цей момент майбутньою матір'ю переживається симптом ухвалення нового життя в собі. Амбівалентність переживань зберігається на високому рівні. Ухвалення свого нового образу, статусу, ролі пройнято основним відчуттям: "у мене буде дитина", змішаним з побоюванням успішності майбутнього материнства. Симптом, названий як симптом ухвалення нового життя в собі, можна умовно розділити на два якісно різних етапи. Спочатку жінка усвідомлює, що матиме дитину; вона як би говорить собі: "Я не єдина, я ношу в собі щось". На наступному етапі відбувається перенесення домінанти з себе на майбутню дитину, з'являється відчуття гордості і єдності з тим, кого вона носить під серцем. Для самої майбутньої матері разом з дитиною виношується готовність до виконання місії материнства. Описаний симптом є акмеологічною вершиною синдрому вагітності, будучи своєрідним індикатором сприйняття, переробки і оцінки жінкою досвіду цього психофізіологічного стану.

### **1.3. Сутність та зміст технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності**

Поза сумнівом, обізнаність і обґрунтована упевненість в своїх силах дуже важливі при розв'язанні будь-яких життєвих завдань, особливо таких важливих, як народження людини. Страхи, тривога, паніка нехороші завжди, а при пологах – просто небезпечні! Тому інформування майбутніх матерів і робота із страхами, тривогами має першочергове значення для готовності до успішних пологів.

Розуміння формує упевненість, залишки страхів зникають після обговорення і розвіювання типових «страшилок», перегляду фільмів і роботи над практичними навиками. Розуміння своєї ролі при пологах і уміння її реалізувати, а також позитивний настрій (мотивація) стають тими інструментами, які допомагають народити жінці. Однією з технік, яка допомагає в роботі із страхами у вагітних є техніка візуалізації.

Візуалізація - це приємна і дієва техніка управління своїми думками. За допомогою уяви створюються позитивні образи, які сприяють досягненню потрібного ефекту на фізичному рівні. Суть цієї техніки – «усвідомлене мріяння». Всі люди мріють протягом дня і бачать сни вночі, і тому нам відомо, що є внутрішній світ, від якого ми можемо одержувати позитивні і негативні емоції. Візуалізація образів дозволить увійти до внутрішнього світу. Представляючи себе в ньому, людина відчуватиме себе захищеною і розслабленою. Мета візуалізації образів — це зменшення стресу через візуальне представлення позитивних образів, а також запобігання, ослаблення або припинення фізичної дії стресу.

Для досягнення цієї мети створюють позитивний образ, який є безпечним і розслабляючим середовищем. Відвідують це візуальне місце знову і знову. І тоді, будучи в стані стресу, людина може увійти до цього візуального світу і одержати розслаблення, навіть якщо така візуалізація буде короткочасною

Навіть коли людина знаходиться в натовпі з розплющеними очима, вона може потрапити на свій заповітний берег. Таким візуальним середовищем може бути ліс і струмочок в ньому, парк. Яким би ні було це місце, необхідно:

- зробити так, щоб це місце було реальним.
- всі відчуття повинні бути задіяні, тоді запахи, дотики, смакові відчуття, звуки і візуальні образи будуть приємні.

Також можна використовувати візуалізацію образів для полегшення болі і усунення дискомфорту, які жінка зазнаватиме під час пологів. Вона може візуально уявити собі, як біль зникає. Ця візуальна картинка відволікатиме її мозок від болю, що відчувається.

Візуалізація сприяє гарному розслабленню всього тіла і особливо живота, на якому сконцентовано позитивну увагу; сприяє комфортнішому і швидшому розкриттю шийки матки; дозволяє жінці контролювати емоційний стан і не витрачати сил на неконструктивні страхи і хвилювання.

## **Розділ II. Дослідження психологічних особливостей жінок у період вагітності**

### **2.1. Методи та методика дослідження психологічних особливостей жінок у період вагітності**

Як було показано вище, 15% вагітних жінок відчують почуття підвищеної тривожності, почуття страху перед пологами, підвищену емоційну нестійкість тощо. У зв'язку з цим, у роботі ми робимо спробу дослідити психологічні особливості жінок у період вагітності. Для цього було досліджено 18 вагітних жінок у віці 18 — 35 р.

Експериментальне дослідження проводилося на базі жіночої консультації Житомирської міської поліклініки № 2. Вагітним жінкам було повідомлено про проведення дослідження та його мету, була отримана згода на їх участь у роботі.

Основним *завданням* нашого емпіричного дослідження було виявлення рівня тривожності вагітних жінок за допомогою методики Спілберга-Ханіна.

*Шкала тривожності Спілберга-Ханіна.*

Мета: 1) визначити рівень тривожності в даний момент;

2) визначити рівень особистісної тривожності.

Шкала самооцінки складається із 2-х частин, окремо оцінюючих реактивну (РТ, висловлювання №1-20) та особистісну (ОТ, висловлювання №21-40) тривожність.

Тривожність— важлива персональна якість людини, досить стійка. Доведено існування двох якісно різних різновидів тривожності: особистісної і ситуаційної (реактивної).

Під особистісною тривожністю розуміється індивідуальна риса особистості людини, що відображає її схильність до негативних реакцій на різні життєві ситуації, що несуть в собі загрозу для її Я (самооцінці, відношенню до себе). Особистісна тривожність — це стабільна схильність

людини реагувати на подібні соціальні ситуації підвищенням тривоги і занепокоєнням.

Ситуативна тривожність визначається як тимчасовий, стійкий тільки у визначених життєвих ситуаціях стан тривожності, породжуваний певними ситуаціями і, як правило, не виникає в інших ситуаціях. Цей стан виникає як звична емоційна і поведінкова реакція на подібного роду ситуації.

У кожної конкретної людини особистісна і ситуаційна тривожність розвинені в різній ступені, так що для кожно людини можна охарактеризувати за двома показниками: особистісній і ситуативній тривожності.

Використана нами методика, розроблена Спілбергером, призначена для одночасної оцінки двох названих видів тривожності. Вона складається з двох шкал, кожна з яких окремо оцінює особистісну чи ситуативну тривожність.

Показник рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) РТ підраховується за формулою:

$$РТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 50,$$

де  $\Sigma_1$  – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18;

$\Sigma_2$  – сума інших закреслених цифр (п.п.1,2,5,8,10,15,16,19,20).

Показник рівня особистісної тривожності (як стійка характеристика людини) ОТ підраховується за формулою:

$$ОТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

де  $\Sigma_1$  – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40;

$\Sigma_2$  – сума інших закреслених цифр (п.п.21,26,27,30,33,36,39).

*Обробка даних.*

сума балів	до 30 балів	31-45 балів	46 балів і вище
Показник тривожності	Низька тривожність Висока емоційна стабільність	Помірна тривожність	Висока тривожність

## 2.2. Аналіз результатів проведеного дослідження

З метою вивчення рівня реактивної та особистісної тривожності у жінок, що перебувають у клімактеричному періоді, нами було проведено експериментальне дослідження за методикою Спілберга-Ханіна. В результаті експериментального дослідження ми прийшли до таких висновків.

### 1. Світлана Володимирівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 52 (висока).

Реактивна тривожність -48 (висока).

Досліджувана виявила високі показники як реактивної, так і особистісної тривожності. Враховуючи той факт, що особистісна тривожність розглядається як стійка характеристика людини, то даний показник викликає деяке занепокоєння, оскільки значне відхилення від рівня помірної тривожності припускає схильність до проявів стану тривоги у людини, а отже сприятимиме зміні особистості досліджуваного, формуванню хронічної емоційної напруги.

Високий рівень реактивної тривожності свідчить про те, що досліджувана хвилювалася під час обстеження.

### 2. Ірина Степанівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 30 (низька).

Реактивна тривожність -34 (помірна).

Досліджувана виявила низькі показники особистісної тривожності, що свідчить про високу емоційну стабільність, адекватну самооцінку, позитивне відношення до себе.

Помірний рівень реактивної тривожності на фоні низької особистісної тривожності може вказувати на те, що досліджувана тривожиться щодо поганого самопочуття.

### 3. Тетяна Михайлівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 34 (помірна).

Реактивна тривожність -32 (помірна).

Досліджувана виявила помірні показники як реактивної, так і особистісної тривожності, що свідчить про відсутність певних відхилень.

4. Ольга Петрівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 48 (висока).

Реактивна тривожність -52 (висока).

Досліджувана виявила високі показники як реактивної, так і особистісної тривожності. Таким чином, у досліджуваної спостерігається хронічна емоційна напруга, під впливом триваючого емоційного стресора може відбуватися формування тривожно-депресивних і тривожно-іпохіндральних розладів.

5. Марія Володимирівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 50 (висока).

Реактивна тривожність -46 (висока).

Досліджувана виявила високі показники як реактивної, так і особистісної тривожності. Таким чином, у дослідженої спостерігається схильність гостро реагувати на події, що іншими людьми сприймаються як незначущі, тобто знижена толерантність, а крім того — недостатня гнучкість у поведженні, ригідність в установах і відносинах, утрудненість адаптації до нових умов, що виникли в зв'язку з вагітністю.

6. Валерія Леонідівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 48 (висока).

Реактивна тривожність -36 (помірна).

Досліджувана виявила високі показники особистісної тривожності і помірні показники реактивної тривожності. Враховуючи той факт, що

особистісна тривожність розглядається як стійка характеристика людини, то даний показник викликає деяке занепокоєння, оскільки значне відхилення від рівня помірної тривожності припускає схильність до проявів стану тривоги у людини, схильності гостро реагувати на події, що іншими людьми сприймаються як незначущі, тобто можлива утрудненість адаптації до нових умов, які викликані вагітністю. Помірні показники реактивної тривожності на фоні високих показників особистісної тривожності свідчать про те, що в результаті звернення до жіночої консультації досліджувана заспокоїлася, отримала надію на покращення свого емоційного стану і здоров'я.

#### 7. Катерина Михайлівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 52 (висока).

Реактивна тривожність -54 (висока).

Досліджувана виявила високі показники як реактивної, так і особистісної тривожності. Таким чином, у досліджуваної спостерігається хронічна емоційна напруга, під впливом триваючого емоційного стресора може відбуватися формування тривожно-депресивних і тривожно-іпохіндральних розладів.

#### 8. Валентина Аркадіївна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 28 (низька).

Реактивна тривожність -32 (помірна).

Досліджувана виявила низькі показники особистісної тривожності, що свідчить про високу емоційну стабільність, адекватну самооцінку, позитивне відношення до себе.

Помірний рівень реактивної тривожності на фоні низької особистісної тривожності може вказувати на те, що досліджувана тривожиться щодо поганого самопочуття, в зв'язку з чим звернулася до жіночої консультації

#### 9. Ніна Григорівна.

Досліджувана показала наступні результати:



Особистісна тривожність – 56 (висока).

Реактивна тривожність -48 (висока).

Досліджувана виявила високі показники як реактивної, так і особистісної тривожності. Таким чином, у дослідженої спостерігається схильність гостро реагувати на події, що іншими людьми сприймаються як незначущі, тобто знижена толерантність, утрудненість адаптації до нових умов, що виникли в зв'язку з вагітністю.

Високий рівень реактивної тривожності свідчить про те, що досліджувана хвилювалася під час обстеження.

10. Лариса Ярославівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 36 (помірна).

Реактивна тривожність -34 (помірна).

Досліджувана виявила помірні показники як реактивної, так і особистісної тривожності, що свідчить про відсутність певних відхилень.

11. Валентина Петрівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 50 (висока).

Реактивна тривожність -46 (висока).

Досліджувана виявила високі показники як реактивної, так і особистісної тривожності. Дані показники викликають занепокоєння, оскільки значне відхилення від рівня помірної тривожності припускає схильність до проявів стану тривоги у людини, а отже сприятимиме зміні особистості досліджуваної, формуванню хронічної емоційної напруги.

12. Галина Олександрівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 58 (висока).

Реактивна тривожність -56 (висока).

Досліджувана виявила високі показники як реактивної, так і особистісної тривожності. Таким чином, у досліджуваної спостерігається

хронічна емоційна напруга, під впливом триваючого емоційного стресора може відбуватися формування тривожно-депресивних і тривожно-іпохіндральних розладів.

13. Тамара Михайлівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 28 (низька).

Реактивна тривожність - 30 (низька).

Досліджувана виявила низькі показники особистісної і реактивної тривожності, що свідчить про високу емоційну стабільність, адекватну самооцінку, позитивне відношення до себе, а також про відсутність певних відхилень у емоційному стані.

14. Любов Петрівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 46 (висока).

Реактивна тривожність -48 (висока).

Досліджувана виявила високі показники як реактивної, так і особистісної тривожності. Таким чином, досліджувана емоційно напружена, в неї спостерігається знижений настрій, внутрішнє занепокоєння.

15. Зоя Всеволодівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 48 (висока).

Реактивна тривожність -34 (помірна).

Досліджувана виявила високі показники особистісної тривожності і помірні показники реактивної тривожності. Високі показники особистісної тривожності свідчать про нестабільний емоційний стан, низьку самооцінку досліджуваної, утрудненість адаптації до нових умов, що виникли в зв'язку з вагітністю.

Помірний рівень реактивної тривожності на фоні високої особистісної тривожності свідчить про те, що досліджувана в результаті звернення до жіночої консультації заспокоїлася, отримала надію на покращення свого

емоційного стану.

16. Алла Володимирівна.

Особистісна тривожність – 52 (висока).

Реактивна тривожність -54 (висока).

Досліджувана виявила високі показники як реактивної, так і особистісної тривожності. Таким чином, у дослідженої спостерігається схильність гостро реагувати на події, що іншими людьми сприймаються як незначущі, тобто знижена толерантність, а крім того — недостатня гнучкість у поводженні, ригідність в установах і відносинах, утрудненість адаптації до нових умов, що виникли в зв'язку з вагітністю, її стан емоційно нестабільний.

17. Ганна Іванівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 50 (висока).

Реактивна тривожність -40 (помірна).

Досліджувана виявила високі показники особистісної тривожності і помірні показники реактивної тривожності. Високі показники особистісної тривожності свідчать про утрудненість адаптації до нових умов, що виникли в зв'язку з вагітністю, нестабільний емоційний стан, тривала дія якого може вплинути на формування тривожно-депресивних розладів.

Помірний рівень реактивної тривожності на фоні високої особистісної тривожності свідчить про те, що досліджувана в результаті звернення до жіночої консультації заспокоїлася, отримала надію на покращення свого емоційного стану.

18. Ніна Павлівна.

Досліджувана показала наступні результати:

Особистісна тривожність – 58 (висока).

Реактивна тривожність -56 (висока).

Досліджувана виявила високі показники як реактивної, так і особистісної тривожності. Високі показники особистісної тривожності

свідчать про нестабільний емоційний стан, низьку самооцінку досліджуваної, утрудненість адаптації до нових умов, що виникли в зв'язку з вагітністю.

Високий рівень реактивної тривожності свідчить про те, що досліджувана хвилювалася під час обстеження.

Узагальнені результати дослідження рівня тривожності вагітних жінок наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

## Результати дослідження рівня тривожності вагітних жінок

Досліджувані	Тривожність			
	реактивна		особистісна	
	Сума балів	Показник тривожності	Сума балів	Показник тривожності
Світлана Володимирівна	48	висока	52	висока
Ірина Степанівна	34	помірна	30	низька
Тетяна Михайлівна	32	помірна	34	помірна
Ольга Петрівна	52	висока	48	висока
Марія Володимирівна	48	висока	50	висока
Валерія Леонідівна	36	помірна	48	висока
Катерина Михайлівна	54	висока	52	висока
Валентина Аркадіївна	32	помірна	28	низька
Ніна Григорівна	56	висока	48	висока
Лариса Ярославівна	34	помірна	36	помірна
Валентина Петрівна	46	висока	50	висока
Галина Олександрівна	56	висока	58	висока
Тамара Михайлівна	30	низька	28	низька
Любов Петрівна	48	висока	46	висока
Зоя Всеволодівна	34	помірна	48	висока
Алла Володимирівна	54	висока	52	висока

Ганна Іванівна	40	помірна	50	висока
Ніна Павлівна	56	висока	58	висока

Як видно з таблиці 2.2, у більшості досліджуваних спостерігається високий рівень як особистісної, так і ситуативної тривожності.

Висока особистісна тривожність спостерігається у 13 досліджуваних (72,2 %), помірну – у 2 досліджуваних (11,1 %), низьку – у 3 досліджуваних (16,7 %).

Висока реактивна тривожність спостерігається у 10 досліджуваних (55,6 %), помірна – у 7 досліджуваних (38,9 %), низька – лише у 1 досліджуваної (5,56 %).

Отже, оцінювання тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна у вагітних жінок показало високий рівень як особистісної, так і ситуативної тривожності у більшості досліджуваних, що свідчить про високий загальний рівень психоемоційного напруження, утрудненість адаптації до нових умов, що виникли в зв'язку з вагітністю, нестабільний емоційний стан.

На нашу думку, це пов'язано з тим, що вагітні жінки зтикаються з принципово новими умовами і вони стають причиною нездатності вагітною жінкою висловлювати власні емоції, хронічного стресу, дезадаптації, почуттям безпомічності, безнадійності.

### **Розділ III. Експериментальне дослідження ефективності застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності**

#### **3.1. Процедура дослідження застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності**

З метою зниження рівня тривожності у досліджуваних вагітних жінок нами була розроблена тренінгова програма із застосуванням технік візуалізації, основними завданнями якої було:

1. Допомогти учасникам самим оцінити свої знання щодо процесу вагітності, пологів, розвитку дитини.

2. У хвалення "нового Я" вагітною жінкою.

3. Зняття рівня тривожності, подолання страхів, невпевненості в собі.

Програма складається з трьох занять.

Заняття № 1

Знайомство і первинне формулювання проблеми

Цілі для ведучого: Познайомитися з учасниками групи.

Цілі для учасників: Навчитися цінувати кожний момент життя, приймати себе таким, який ти зараз і управляти емоціями.

I. Ритуал створення групи

У хвалення правил роботи в групі

Ведучий зачитує правила і група обговорює кожне – 2-3 хв.

II. Вправа на групове об'єднання

Вправа "Ромашка" – 5 хв.

Мета: допомогти учасникам самим оцінити свої знання щодо процесу вагітності, пологів, розвитку дитини. Інструкція. Ведучий умовно змальовує декілька кіл. В центр повинні встати всі учасники групи, які знають, що вагітні, але як бути далі не цілком представляють, в коло більшого діаметру стають ті, хто має уявлення про процес вагітності (наприклад про фізіологію,

профілактику ускладнень), в наступне коло – ті, хто, має знання психології вагітності і пологової діяльності, в наступне коло – ті, хто розуміє як формується і розвивається дитина до народження і найбільше коло – для тих, хто уміє бути хорошою матір'ю. Після виконання вправи група обговорює її за схемою:

- чому я вибрала це коло для себе?
- які кола залишилися не відображені, але я маю про них уявлення?

### III. Вправа на розуміння і ухвалення себе

Вправа "Три плани" – 10-15 хв.

Навчитися акцентувати увагу на своїх відчуттях, відділяти їх від думок і зовнішнього світу. Ця вправа спрямована на ухвалення "нового Я" вагітною жінкою.

Інструкція. Вправа виконується в парах. Члени пари сідають напроти один одного і закривають очі на одну хвилину. Задача учасників вправи якомога повніше відчувати зовнішні дії: слухові, зорові, нюхові, тактильні. Потім партнери розказують один одному про свій досвід, починаючи із слів: "В зовнішньому плані Я відчула...".

Партнери знову закривають очі і протягом хвилини звертають увагу тільки на відчуття, що йдуть від свого тіла, прагнучи якомога повніше відчувати і усвідомити свої больові відчуття, напругу і т.д. Через хвилину вони розказують про це один одному, починаючи словами: "У внутрішньому плані я відчувла...".

Після цього вони розказують про ті думки, які супроводжували вищеописані відчуття, починаючи із слів: "В цей час я думала про...".

Вправа обговорюється за схемою:

- що було легше формулювати – відчуття, думки?
- чи було формулювання відчуттів в зовнішньому і внутрішньому плані висловом відчуттів або, можливо, це було висловом думок?

### IV. Тілесно-орієнтовані вправи і візуалізація

Вправа "Піч" – 10 хв.

Мета: закріпити навички посилення відчуття тепла.

Інструкція. Пропонується наступна формула самоприказу для виклику відчуття тепла в животі: "Я дуже хочу, щоб мій живіт прогрівся приємним глибинним світлом. Хочу, щоб мій живіт прогрівся приємним глибинним світлом. Живіт прогрівся приємним теплом. Живіт прогрівся".

Потрібне не просте повторення формули, а емоційне переживання її. .

V. Обговорення підсумків роботи – 10-15 хв.

Мета: одержати зворотний зв'язок від учасників групи, дати їм можливість виразити відчуття, що виникли в ході заняття і створити у них відчуття, що їх думки і враження важливі для кожного.

Домашнє завдання

1. Це домашнє завдання видається парі в заклеєному конверті.

У конверт вкладений наступний текст: Закрийте очі, сядьте зручніше і хай Ваш партнер прочитає Вам завдання.

Уявіть собі: "Ви скоюєте прогулянку по території великого замку. Ви бачите високу кам'яну стіну, увиту плющем, в якій знаходяться дерев'яні двері. Відкрийте її і ввійдіть. Ви опиняєтеся в старому покинутому саду. Колись це був прекрасний сад, проте вже давно за ним ніхто не приглядає. Рослини так розрослися і все настільки заросло травами, що не видно землі і важко розрізнити стежини. Уявіть, як Ви, почавши з будь-якої частини саду, прополюєте бур'яни, викошуєте траву, пересаджуєте дерева, обкопуєте їх, поливаєте, тобто робите все, щоб повернути саду колишній вигляд... Через деякий час зупинитесь, і порівняєте ту частину саду, де Ви вже попрацювали, з тією, яку Ви ще не чіпали".

2. Вагітні жінки в будь-яку вільну хвилину виконують вправу "Піч".

Заняття № 2

I. Вправа на групове об'єднання

Вправа "Мій світ" – 20 хв.

Мета: навчитися формулювати проблеми, уміти донести їх до інших учасників групи і почути їх позицію.



Інструкція. Ведучий пропонує учасникам групи самостійно створити таблицю (схему) можливих страхів і побоювань вагітної жінки і орієнтовні шляхи їх усунення. Допускається і "мозковий штурм", і робота в трійках-четвірках з подальшим обговоренням результатів в групі.

## II. Тілесно-орієнтовані вправи і візуалізація

Вправа "Серце, тобі не хочеться спокою..." – 10 хв.

Мета: навчитися саморегуляції серцевої діяльності.

Інструкція. Тренування починають з повторення попередніх вправ. Зосередивши увагу на лівій руці, треба представити, що вона опускається у ванну з теплою водою. Рівень води від кінчиків пальців поступово прогрівається від трохи теплої до приємно гарячої. Тепла хвиля підіймається від руки вгору і з'являється відчуття тепла в лівій половині грудної клітки. Відчуття тепла в лівій руці супроводжується розширенням коронарних судин серця, що покращує живлення серцевого м'яза.

## III. Аналіз відеоматеріалів – 15 хв.

Мета: вгамувати інформаційний голод і дозволити учасникам групи виступити як експерти.

На цьому етапі краще використовувати фільми про внутрішньоутробний розвиток дитини. Якщо таких фільмів немає, то ведучий може показувати картинки (слайди), що відображають формування малюка і розказувати про тижневі зміни характеристик плоду. Перед переглядом відеоматеріалів або прослуховуванням ведучий пропонує сісти зручніше і рефлексувати все, що відбувається "В зовнішньому" і "У внутрішньому плані", підтримуючи свою дитину.

IV. Аналіз домашнього завдання і обговорення підсумків роботи – 15 хв. Мета аналізу домашнього завдання: дати можливість учасникам групи поділитися досвідом бачення і відчуття життя, підтримати один одного і побачити шляхи подальшого психологічного зростання. Обговорення проходить за схемою: "Чому тобі захотілося поділитися своїми переживаннями з групою?", "Що ти відчувала, коли виконувала цю вправу?"

і т.п.

Обговорення підсумків роботи – важлива частина кожної зустрічі. Має сенс вислухати всіх членів групи. Основою для обговорення є питання типу: "Що нового про себе і для себе Ви взнали сьогодні?", "Що Ви одержали від заняття?", "Чи вважає Ви корисним сьогоднішнє заняття?".

#### Домашнє завдання

Вагітні жінки в будь-яку вільну хвилину виконують вправу "Тепло, яке я можу дати" і "Серце, тобі не хочеться спокою...".

#### Заняття № 3

##### I. Вправа на групове об'єднання

Вправа "Нитка Аріадни" –15 хв.

Мета: допомогти учасникам виразити свої відчуття і навчити ділитися ними з іншими людьми.

Інструкція. Вправа виконується в парах. Один член тренінгової пари зав'язує (закриває) очі, інший одержує наступну інструкцію: "Уявіть собі, що Ви спілкуєтеся з незрячою людиною. Ви маєте нагоду протягом 3-5 хвилин ознайомити її з навколишнім світом через тактильні, слухові, світлові відчуття. Спробуйте зробити це, наново відкривши мир. Вправа виконується мовчки". В парі партнери виконують обидві ролі. У колі учасники вправи повинні виразити свої відчуття і переживання.

##### II. Вправа на ухвалення себе

Вправа "Геркулес" – 5 хв.

Мета: показати учасникам групи, що страхи, сумніви, нетерпіння, дратівливість можна подолати завдяки позитивним образам самонавіяння.

Інструкція. Ведучий пояснює групі, що суть самонавіяння полягає в умінні свідомо спрямовувати і контролювати свої думки, відчуття, дії, співвідносивши їх з своїми бажаннями. Кожна людина дивиться на себе і навколишній світ крізь призму власних переконань, помислів і відносин. Найчастіше ми вселяємо в собі те, в що ми свідомо або несвідомо віримо – без віри неможливе самонавіяння. Самонавіяння здійснюється за допомогою

слів, що вселяють в людину певну надію.

Учасники групи можуть повторювати фрази самонавіяння вголос або про себе.

Щодня я стаю все краще і краще.

Мене чекає великий-великий успіх.

Я відчуваю себе упевненим, щасливим, повним радості і оптимізму.

Я відчуваю себе спокійним і розслабленим.

Я здоровий і сильний як духовно, так і фізично.

Я здатний добитися всього, чого тільки схочу.

Я володію прекрасною пам'яттю.

Я подобаюся людям, люди люблять мене.

Я прощаю себе.

Я здійснию свою мрію.

Я повністю контролюю свої думки, відчуття і дії.

Радість, радість, радість.

III. Тілесно-орієнтовані вправи

Вправа "“Піч” – 10 хв.

IV. Аналіз відеоматеріалів – 15 хв.

V. Аналіз домашнього завдання і обговорення підсумків роботи – 15 хв.

Кожна пара демонструє портрет "майбутньої дитини" і ведучий інтерпретує одержані результати. На нашу думку, зображення

майбутньої дитини може виступати як діагностичний критерій готовності до батьківства і материнства.

Домашнє завдання

1. Придумайте для себе прості, чіткі фрази з позитивним і життєстверджуючим значенням, запишіть їх в "Щоденник вагітності" і повторюйте їх з упевненістю і усмішкою при необхідності.

2. Вагітні жінки повинні продовжувати виконувати займатися аутотренінгом і вправами на візуалізацію.

### 3.2. Аналіз результатів ефективності застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності

З метою вивчення ефективності застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності було проведене повторне дослідження рівнів реактивної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера—Ханіна.

Повторне оцінювання тривожності за методикою Спілбергера—Ханіна показало зниження як особистісної, так і ситуативної тривожності у вагітних жінок, при цьому ситуативна тривожність змінювалася більшою мірою, ніж особистісна.

Так, високу особистісну тривожність визначено у 9 (50 %) досліджуваних, помірну – у 5 досліджуваних (27,8 %), низьку – у 4 досліджуваних (22,2 %).

Висока реактивна тривожність спостерігається у 7 (38,9 %) досліджуваних, помірна – у 6 досліджуваних (33,4 %), низька – у 5 (27,8 %) досліджуваних. Аналіз зміни рівня реактивної і особистісної тривожності у вагітних жінок наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Результати повторного дослідження рівня тривожності у вагітних жінок

Досліджувані	Тривожність			
	реактивна		особистісна	
	Сума балів	Показник	Сума балів	Показник
Світлана Володимирівна	45	помірна	50	висока
Ірина Степанівна	32	помірна	30	низька
Тетяна Михайлівна	30	низька	32	помірна
Ольга Петрівна	50	висока	46	висока

Марія Володимирівна	47	висока	48	висока
Валерія Леонідівна	34	помірна	46	висока
Катерина Михайлівна	52	висока	50	висока
Валентина Аркадіївна	30	низька	27	низька
Ніна Григорівна	54	висока	44	помірна
Лариса Ярославівна	30	низька	30	низька
Валентина Петрівна	43	помірна	46	висока
Галина Олександрівна	52	висока	52	висока
Тамара Михайлівна	29	низька	27	низька
Любов Петрівна	45	помірна	43	помірна
Зоя Всеволодівна	30	низька	44	помірна
Алла Володимирівна	50	висока	50	висока
Ганна Іванівна	36	помірна	45	помірна
Ніна Павлівна	54	висока	54	висока

Кількісні показники рівня особистісної та реактивної тривожності вагітних жінок до і після проведення тренінгової роботи відображено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Показники рівня особистісної та реактивної тривожності вагітних жінок до і після проведення тренінгової роботи (за методикою Спілберга-Ханіна)

Тривожність	Рівень тривожності					
	низький		помірний		високий	
	До експ.	Після	До експ.	Після	До експ.	Після
особистісна	16,7%	22,2%	11,1%	27,8%	72,2%	50,0%
реактивна	5,5%	27,8%	38,9%	33,4%	55,6%	38,9%

Узагальнені результати ефективності проведення тренінгової роботи відображені на рис. 3.1 та 3.2. Як видно з гістограм, після проведення тренінгової роботи з використанням технік візуалізації, 22,2% досліджуваних

мають низький рівень особистісної тривожності, тоді як до експерименту цих досліджуваних було всього 16,7%; 27,8% – помірний рівень (до експерименту – 11,1%), 50,0% – високий рівень, а до експерименту цих досліджуваних нараховувалося 72,2%.



*Рис. 3.1 Порівняльний аналіз рівня розвитку особистісної тривожності у досліджуваних до і після проведення тренінгової роботи*



*Рис. 3.2. Порівняльний аналіз рівня розвитку реактивної тривожності у досліджуваних до і після проведення тренінгової роботи*

Як видно з гістограми 3.2 27,8% досліджуваних мають низький рівень реактивної тривожності, тоді як до експерименту цих досліджуваних було всього 5,56%; 33,4% – помірний рівень, а до експерименту цих досліджуваних було 38,9%; 38,9% – високий рівень, а до експерименту цих досліджуваних нараховувалося 55,6%.

Отже, оцінювання тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна у вагітних жінок показало значне зменшення кількості досліджуваних з високим рівнем тривожності, що свідчить про ефективність тренінгової роботи з використанням технік візуалізації. Таким чином, підтвердилася висунута нами гіпотеза, що застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності ефективно впливає на покращення їх психоемоційного стану, зокрема зниження рівня тривожності.

## Висновки

В курсовій роботі розглянуто чинники та етапи становлення материнства; досліджено зміни в психіці жінки під час вагітності; з'ясовано сутність та зміст технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності.

1. Фактори, які сприяють процесу становлення материнства, можна розділити на внутрішні та зовнішні. Внутрішніми чинниками виступають певні умови, які склалися ще до вагітності та які жінка, що вирішила стати матір'ю, не в змозі змінити об'єктивно. До них належать: повноцінне проходження дівчинкою всіх вікових етапів; становлення мотиваційних основ материнства: позитивний досвід взаємодії з власними батьками (особливо матір'ю); її психічне та фізичне здоров'я; особистісні особливості; якісні зміни особистості вагітної жінки; наявність успішного досвіду попередніх вагітностей та народження старших дітей. До зовнішніх факторів відносять: потребу суспільства в створенні соціально-значущого образу матері; наявність соціальних служб з підготовки жінок до материнства; повну сім'ю; відповідність статі народженої дитини; перебування дитини протягом перших 36 годин після народження в тісному контакті з матір'ю; орієнтацію матері на духовно— моральні цінності при вихованні дівчинки: добро, любов, істину, щирість, прощення, прийняття довіру; визнання унікальності та неповторності дитини, самоцінності тощо. Тільки виховання, яке ґрунтується на діалогічному спілкуванні, де присутні загальнолюдські гуманістичні цінності, створює умови для формування здорової позитивної Я-концепції дівчинки — майбутньої матері.

2. Під час вагітності у більшості жінок відбуваються зміни в психіці, які проявляються у вигляді неврозів, зниження працездатності, погіршення уваги, підвищеної втомлюваності, почуття страху перед пологами, негативних проявів емоцій, підвищеної емоційної нестійкості, тривожності, поганого самопочуття, наявності частих конфліктів, недостатньої комунікабельності. Тому інформування майбутніх матерів і робота із



страхами, тривогами має першочергове значення для готовності до успішних пологів.

3. Однією з техніки, яка допомагає в роботі із страхами у вагітних є техніка візуалізації. Візуалізація - це приємна і дієва техніка управління своїми думками. За допомогою уяви створюються позитивні образи, які сприяють досягненню потрібного ефекту на фізичному рівні. Суть цієї техніки – «усвідомлене мріяння». Візуалізація образів дозволить увійти до внутрішнього світу. Представляючи себе в ньому, людина відчуватиме себе захищеною і розслабленою. Мета візуалізації образів — це зменшення стресу через візуальне представлення позитивних образів, а також запобігання, ослаблення або припинення фізичної дії стресу. Візуалізація сприяє гарному розслабленню всього тіла і особливо живота, на якому сконцентовано позитивну увагу; сприяє комфортнішому і швидшому розкриттю шийки матки; дозволяє жінці контролювати емоційний стан і не витрачати сил на неконструктивні страхи і хвилювання.

4. Виявлення рівня тривожності вагітних жінок за допомогою методики Спілберга-Ханіна показало високий рівень як особистісної, так і ситуативної тривожності у більшості досліджуваних, що свідчить про високий загальний рівень психоемоційного напруження, утрудненість адаптації до нових умов, що виникли в зв'язку з вагітністю, нестабільний емоційний стан.

На нашу думку, це пов'язано з тим, що вагітні жінки зтикаються з принципово новими умовами і вони стають причиною нездатності вагітною жінкою висловлювати власні емоції, хронічного стресу, дезадаптації, почуттям безпомічності, безнадійності.

5. З метою зниження рівня тривожності у досліджуваних вагітних жінок нами була розроблена тренінгова програма із застосуванням технік візуалізації, основними завданнями якої було: допомогти учасникам самим оцінити свої знання щодо процесу вагітності, пологів, розвитку дитини; ухвалення "нового Я" вагітною жінкою; зняття рівня тривожності, подолання страхів, невпевненості в собі.

6. З метою вивчення ефективності застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності було проведене повторне дослідження рівнів реактивної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера—Ханіна. Повторне оцінювання тривожності за методикою Спілбергера—Ханіна показало зниження як особистісної, так і ситуативної тривожності у вагітних жінок, що свідчить про ефективність тренінгової роботи з використанням технік візуалізації. Таким чином, підтвердилася висунута нами гіпотеза, що застосування технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності ефективно впливає на покращення їх психоемоційного стану, зокрема зниження рівня тривожності.

### Список використаних джерел

1. Алиев Х.М. Защита от стресса. Как сохранить и реализовать в современных условиях. – М.: Мартин, 1996. – 240 с.
2. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. – 1997. - № 6. – С. 7-8.
3. Дубинкина Т.С. Психологический анализ ранней беременности и возможности психологической помощи // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. - № 1. – С. 83-85.
4. Касьянова О.А., Стрелкова И.Э. Социально-психологическая готовность беременных женщин к материнству // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. - № 3. – С. 50-58.
5. Кожевникова О.А. Особенности психологической готовности к материнству и отцовству в период ранней взрослости // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. - № 4. – С. 109-124.
6. Курпатов А.В. Как избавиться от тревоги, депрессии и раздражительности. – СПб.: Нева, 2003. – 416 с.
7. Лосева В., Луньков А. Страхи вокруг беременности // Психологическая консультация – 1998. - № 1. – С. 21-34.
8. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. – М.: Наука, 1981. – 278 с.
9. Мухина Н.В. Психологическая готовность к материнству в период ранней взрослости у беременных и небеременных женщин // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. - № 4. – С. 42-50.
10. Овчарова Р.В. Психология родительства. – М.: Академия, 2005. – 368 с.
11. Подобина О.Б. Совладающее поведение женщины на этапе принятия роли матери // Перинатальная психология и психология родительства. – 2006. - № 3. – С. 96-108.
12. Проскурняк О.П. Чинники та етапи становлення материнства // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. - № 3. – С. 13-16.

13. Психика и роды / Под ред. Э. К. Айламазяна – СПб: АОЗТ "Яблочко СО", 1996. – 273 с.
14. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. – 367 с.
15. Семиченко В.А. Психические состояния. – К.: Магістр – S, 1998. – 208 с.
16. Смирнова А.А., Чернова Е.П. Особенности образа будущего ребенка у современной молодежи // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. - № 2. – С. 52-63.
17. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. – СПб.: Сова, 2005. – 928 с.
18. Уланова И.Е. Особенности межпоколенной передачи материнских установок в семье // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. - № 4. – С. 61-71.
19. Филиппова Г.Г. Психология материнства и ранний онтогенез. – М.: ЛИБР А-М, 1999. – 284 с.
20. Филиппова Г.Г. Трансформация отношений привязанности у женщины в период беременности // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. - № 3. – С. 31-37.